



Encuentros y desencuentros entre salud comunitaria y sistema sanitario español. Informe SESPAS 2018

Nieves Martínez Cía^a, Marta Pérez Pérez^b, Julio Heras-Mosteiro^c, Gonzalo Gutiérrez Ávila^d, José Manuel Díaz-Olalla^e y Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar^{f,*}

^a Centro de Salud de Las Remudas, Servicio Canario de la Salud, Telde (Gran Canaria), España

^b Departamento de Antropología Social, Universidad Complutense, Madrid, España

^c Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón (Madrid), España

^d Servicio de Epidemiología de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España

^e Instituto de Salud Pública, Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid, Madrid, España

^f Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC), Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de enero de 2018

Aceptado el 27 de junio de 2018

On-line el 23 de agosto de 2018

Palabras clave:

Sistemas de salud

España

Salud comunitaria

Atención primaria salud

Salud pública

Reforma sanitaria

R E S U M E N

A través de un recorrido histórico por la relación del Sistema Nacional de Salud español y la Salud Comunitaria, se describen las diferentes etapas de auge o declive de la Atención Primaria –y en concreto de su orientación comunitaria–, los acercamientos y distanciamientos en su relación con la Salud Pública y la influencia de las ideologías políticas dominantes.

Considerando la salud comunitaria como parte esencial de la Atención Primaria, y de acuerdo con la estrategia de Alma Ata y los principios de la Carta de Ottawa, se defiende una reorientación comunitaria de los servicios de salud y se propone retomar la Atención Primaria como eje estratégico del Sistema Nacional de Salud, dada su capacidad para un abordaje integral de los procesos salud-enfermedad, sus posibilidades de reducir desigualdades y enfrentar determinantes sociales, así como de superar inequidades en salud, con la participación de la población y en coordinación con otros sectores.

Los desafíos del futuro inmediato, así como las consecuencias de la crisis económica y de los recortes y debilitamiento del Estado de Bienestar, hacen evidente la necesidad de promover procesos participativos que impliquen al conjunto de actores sociales y, sobre todo, a la ciudadanía, considerada no como destinataria y usuaria o consumidora, sino como sujeto activo y colaborativo. Se señala la imperiosa necesidad de incorporar procesos participativos dirigidos a crear una nueva cultura colectiva respecto a la sostenibilidad y universalidad de los recursos públicos de salud existentes.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Agreements and disagreements between community health and the Spanish health system. SESPAS Report 2018

A B S T R A C T

In this article, we describe the different stages of the rise and decline of Primary Health Care and, in particular, its community approach; we do so by providing a historical journey of the relationship between the Spanish National Health System and community health, outlining the connections and disconnections with Public Health as well as the influence of dominant political ideologies.

We defend a community reorientation of health services, considering community health as an essential part of Primary Health Care, and in accordance with the Alma Ata strategy and the principles of the Ottawa Charter. The Primary Health System is taken up as the strategic axis of the National Health System, given its capacity for an integral approach to health-disease processes, and the possibility it poses for reducing inequalities and confronting social determinants as well as overcoming inequities in health, with the participation of the population and in coordination with other sectors.

The challenges of the immediate future, as well as the consequences of the economic crisis, the cuts, and the weakening of the Welfare State, make evident the need to promote participatory processes that involve all the social actors and, above all, the citizenship –considered not as a recipient and 'user' or consumer, but as an active and collaborative subject. These participatory processes aim at creating a new collective culture regarding the sustainability and universality of existing public health resources.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Healthcare systems

Spain

Community health

Primary care

Public health

Health care reform

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jluis@nodo50.org (J.L. Ruiz-Giménez Aguilar).

Puntos clave

- Existen encuentros y desencuentros de la salud comunitaria, la atención primaria y el sistema sanitario español en su historia reciente. El auge y el declive de la atención primaria han estado influidos por el pensamiento político dominante y su consecuente impacto sobre el modelo de sistema de salud.
- Los rápidos cambios epidemiológicos y sociales, y su cada vez mayor multidimensionalidad e interdependencia, incorporan una mayor complejidad al abordar los problemas y al responder a ellos desde los distintos servicios.
- Las políticas neoliberales y la crisis económica han agravado la desigualdad social y han puesto en riesgo tanto la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario como su accesibilidad y universalidad.
- Es necesario reorientar los servicios de salud y devolver a la atención primaria su papel como eje estratégico del Sistema Nacional de Salud, basado en los pilares de la promoción de la salud, para asegurar la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario público. Esta es una decisión fundamentalmente política.
- Atención primaria y salud pública son agentes clave en el desarrollo de la salud comunitaria, y la acción de ambas ha de ser coordinada e integrada.
- Más allá del rol asistencial e individual de los servicios de salud, deben establecerse estrategias que lleven al fortalecimiento individual y al empoderamiento de las comunidades a través de procesos de participación comunitaria, que estimulen la reflexión crítica y la capacidad de intervención y de cogestión de los problemas sociales por parte tanto de los individuos como de las comunidades.

Introducción

El objeto de este artículo es describir la relación entre la salud comunitaria y el Sistema Nacional de Salud (SNS) español.

¿Qué entendemos por salud comunitaria y por sistema de salud?

Diversos autores definen la salud comunitaria como «la expresión colectiva de la salud individual y de grupos en una comunidad definida, y que viene determinada por la interacción entre las características de los individuos, familias, medio social, cultural y ambiental, así como por los propios servicios de salud y la influencia de distintos factores sociales, políticos y globales»¹. Se ha señalado que la salud comunitaria operaría en un nivel intermedio², flanqueada por las políticas públicas de salud y por la atención asistencial entendida como la acción en y desde la comunidad³.

El concepto «sistema de salud» abarca las organizaciones, las instituciones y los recursos dirigidos a producir actividades cuyo fin principal es promover, restablecer o mantener la salud de la ciudadanía. El desarrollo de los sistemas sanitarios en el mundo viene condicionado tanto por el nivel de salud y el patrón de morbilidad como por el nivel de desarrollo económico (renta y modelo económico) y científico-técnico, los valores, las creencias y la ideología dominante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece determinadas cualidades exigibles a cualquier sistema sanitario que se pretenda óptimo: universalidad, atención integral, equidad, eficiencia, flexibilidad y participación real de la población en la planificación y la gestión del sistema sanitario⁴.

La salud comunitaria y la atención primaria en la historia del Sistema Nacional de Salud Español

La relación entre la salud comunitaria y el SNS español se ha visto influida por variables ideológicas, políticas públicas y agentes intervinientes; esta relación no está exenta de contradicciones e incertidumbres, y su exploración es necesaria en el intento de construir un sistema sanitario que conlleve un enfoque y una práctica comunitarias.

El sistema de salud español, desarrollado en las décadas de 1970 y 1980, es el resultado de una serie de factores socioculturales, sanitarios y políticos que a todas luces deben ser considerados como un gran logro social⁵. En ese momento, el SNS vivió un proceso evolutivo de transformación como el señalado por Milton Roemer: una progresiva asunción de responsabilidad por parte de los poderes públicos, una confrontación entre los modelos liberal y socialista, el paso «de lo individual a lo colectivo», el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, el crecimiento progresivo tanto en calidad como en cantidad de la asistencia sanitaria, y la evolución, desde un modelo privado y de beneficencia, a un modelo de seguridad social para finalizar en un sistema nacional de salud (modelo Beveridge)⁶.

La Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986 caracterizan al SNS español por su universalidad. La Ley General de Sanidad determina que su financiación proceda de los impuestos a través de los Presupuestos Generales del Estado, orienta el sistema hacia la promoción y la protección de la salud, y establece una organización en niveles asistenciales y territorializada (zonas básicas de salud, áreas de salud, servicios regionales de salud), a la vez que otorga a la atención primaria un papel importante como eje de una atención integral.

De acuerdo con Irigoyen⁷, esta «primera etapa» se inserta en un contexto nacional e internacional en el que se apuesta por garantizar el derecho a la salud y la asistencia sanitaria integral a toda la ciudadanía residente en los territorios⁷. Los agentes implicados en aquel entonces fueron los movimientos sociales, los sindicatos de clase, los partidos políticos de izquierda y un sector minoritario de profesionales (de orientación más salubrista) con una visión de la atención primaria en línea con la estrategia fijada por la Conferencia Internacional de Alma Ata⁸.

En este contexto, la atención primaria recibió un importante impulso a través de la reorganización y la reorientación del SNS; un proceso rico en cuanto a planificación, formación y dotación de recursos que se concretó en el modelo de organización basado en los equipos de atención primaria⁹. Para un sector profesional fue sinónimo de un modelo de salud comunitaria que permitía aumentar la capacidad para resolver problemas y satisfacer necesidades basándose en una atención más accesible, integral y continua; además, mejoraba la calidad científica y la utilización de los recursos, y propiciaba la participación comunitaria. Se reforzaba también el papel de la atención primaria como puerta de entrada y modulador del sistema sanitario.

Sin embargo, este desarrollo de la atención primaria con vocación comunitaria comenzó a declinar. Su implantación en nuestro país se hizo de forma heterogénea y desigual (se tardó más de 20 años en completarla), y su desarrollo dependió de la voluntad política de los distintos gobiernos autonómicos, así como de la ofensiva de ciertos poderes económicos, del papel de las profesiones sanitarias y de la conciencia social de su necesidad. La apertura de la atención primaria a la comunidad, incluyendo la participación y la intersectorialidad, fue el aspecto menos desarrollado, centrándose en la asistencia individual. Algunas comunidades autónomas establecieron cauces e instrumentos de participación comunitaria que han sido poco desarrollados¹⁰.

En el *Informe Abril*, de 1991, se trazaron las líneas que dirigirían el proceso de una segunda reforma del sistema sanitario: el

salubrismo es reemplazado por el gerencialismo, y se impulsan prácticas de mercado con una orientación hacia procesos privatizadores (llamados «colaboración pública-privada»), como la que permite la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS y de descentralización.

No es este un proceso específico de España, sino que el declive de la estrategia de atención primaria es de ámbito internacional. Estamos ante lo que Irigoyen⁷ denomina «segunda etapa» del SNS, la de la reestructuración económica, que ponía en entredicho su eficacia y que venía acompañada de profundos cambios sociales con la configuración de una sociedad dual y fragmentada, y con la reorientación de los Estados del bienestar, que no encajan como tales en este modelo. La crisis del petróleo de los años 1990 y el colapso del bloque socialista tuvieron también que ver en la pérdida de interés por desarrollar la estrategia en toda su plenitud¹¹.

Treinta años después de su recorrido insuficiente, la OMS reivindicó de nuevo el primer modelo de atención primaria, resituándolo en el contexto de una nueva realidad mundial que pasa por convertir la cobertura universal en salud en el principal objetivo a alcanzar¹². Alejándose de este llamamiento, en España se aprueba el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que quiebra una de las condiciones básicas de la atención primaria con orientación comunitaria: el acceso universal al SNS¹³. Además, dicho decreto introduce una contribución mayor de la ciudadanía al pago por medicamentos y otras prestaciones¹⁴. Asistimos de este modo al debilitamiento progresivo de la atención primaria y de su papel dentro del sistema de salud, agravado por la crisis económica y los recortes, que han afectado de forma especial a la atención primaria.

Salud comunitaria, salud pública y atención primaria: ¿es posible una alianza?

La relación entre la atención primaria y la salud pública ha sido escasa y poco coordinada. Como señala Segura¹⁵, la salud pública ha seguido algunas estrategias centradas en el propio sistema y otras que enfocan sus intervenciones fuera de este; todas han seguido desarrollos separados y culturas profesionales e institucionales diferentes e, incluso, enfrentadas. Segura concluye que los intentos de integrar la salud pública en el sistema asistencial han sido frustrantes, tanto en otros países como en España, debido a ciertas resistencias y bloqueos por parte de grupos de interés y de corporaciones profesionales¹⁵. Sin embargo, otros autores siguen defendiendo la necesidad de una acción coordinada e integral de la salud pública y la atención primaria para el desarrollo de la salud comunitaria¹⁶.

A pesar de afirmar que en los últimos 30 años la salud pública ha ido perdiendo influencia, el autor también recuerda determinados hitos históricos con clara orientación comunitaria, como fueron la creación de la Red Española de Ciudades Saludables (1984), la Nueva Salud Pública (1988), las Escuelas Promotoras de Salud (1991) y la creación de la Comisión de Determinantes Sociales en Salud (2008).

Iniciativas y experiencias de salud comunitaria

La salud comunitaria ha recibido mayor impulso desde las sociedades científicas, de redes con cierto apoyo institucional y de instituciones locales y regionales, que de la propia atención primaria como parte del SNS.

En 1996, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria creó el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria y su Red de Actividades Comunitarias, que agrupa a más de 200 centros de salud con un enfoque comunitario. Existen redes

de actividades comunitarias y de promoción de la salud de ámbito autonómico y con apoyo institucional, como Mapa y el Observatorio de Salud de Actividades Comunitarias en el Principado de Asturias, la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud y la Red de Escuelas Promotoras de Salud, los Proyectos de Educación para la Salud en Navarra, las Escuelas de Promoción de Salud de Andalucía, la Red Actuant Units per a la Salut en Cataluña, el proyecto impulsado desde la salud pública en Barcelona (Salud en los barrios)¹⁷ o la estrategia del ayuntamiento de Madrid (Barrios saludables), en la que los Centros Madrid Salud se consolidan como Centros de Salud Comunitaria¹⁸.

Los profesionales de atención primaria (médicos, personal de enfermería y trabajadores sociales) con enfoque salubrista encuentran apoyo de estas organizaciones y, ocasionalmente, de las instituciones. No obstante, pensamos que en la reforma de la atención primaria es donde estaba el sector profesional más coherente y consistente a favor de la salud comunitaria, desarrollando experiencias y construyendo estructuras, algo que, poco a poco, se fue debilitando. En la última década, este sector profesional, con orientación más salubrista, asume un liderazgo significativo, aportando conocimiento científico en el ámbito de las desigualdades en salud y los determinantes de la salud y proponiendo la promoción de la salud con orientación salutogénica y la salud comunitaria basada en activos¹⁸.

En los últimos años surgen iniciativas de sociedades científicas, colectivos sociales e instituciones públicas, tales como la Alianza de Salud Comunitaria y el Foro de Salud Comunitaria de Madrid, que buscan propiciar y promover la salud comunitaria. No se conocen experiencias con orientación comunitaria en el nivel secundario de la red asistencial de los Servicios Regionales de Salud.

Aunque las Cortes establecen la actividad comunitaria como una de las prestaciones sanitarias del SNS, muy pocas comunidades autónomas la han desarrollado. Si nos centramos en atención primaria y en los servicios sanitarios, encontramos escasos, aunque valiosos, estudios e investigaciones sobre el tema¹⁹. Se han implantado sistemas de registro y de información sanitaria en los niveles central y autonómico sobre estas materias, entre ellos el Sistema de Información de Promoción y Educación para la Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

A pesar de este papel no central de la atención primaria en los procesos de salud comunitaria, existen algunos ejemplos de nuevos planteamientos desde las administraciones sanitarias, como los propuestos desde la Dirección de Atención Primaria de Badajoz²⁰, el Departamento de Salud del País Vasco²¹, el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón²² o la Agencia de Salud Pública de Cataluña²³.

Determinantes ideológicos y políticos en el desarrollo de la salud comunitaria y la atención primaria

Detrás de las diferentes posiciones ante el proceso de reforma del SNS se aprecia una confrontación de concepciones y valores diferentes sobre el proceso salud-enfermedad-atención.

La atención primaria no ha decaído por razones técnicas, sino políticas e ideológicas. La hegemonía neoliberal, basada en reorientar los recursos del Estado hacia el mercado y el funcionamiento de los servicios públicos al modo de la empresa, ha moldeado el estatus social, económico y político de la salud a la manera de un bien sujeto a las leyes del mercado, a través de un encauzamiento paulatino del sistema hacia un enfoque tecnológico y biomédico, primando lo individual sobre lo colectivo, lo curativo sobre lo preventivo y promocional; medicalizado y superespecializado. Un sistema de corte mercantilista y consumidor de recursos, centrado en abordar las consecuencias del deterioro de la salud, pero con olvido, desplazamiento y desconsideración de

las causas y de los factores determinantes del proceso de salud y enfermedad de la población. El pensamiento neoliberal, en definitiva, ha actuado como determinante y condicionante de la salud y de los sistemas de salud, del modelo de salud imperante y de las posibilidades de desarrollo de la atención primaria y de la salud comunitaria.

También se han apuntado otras causas para explicar el escaso desarrollo de la salud comunitaria, como la deficiente capacitación en el tema de sanitarios en pregrado y posgrado, las sobrecargas de trabajo y la masificación de los servicios de atención directa²⁴. Impedimentos a su desarrollo se consideran también la rigidez de los modelos organizativos y de gestión de los servicios de salud, su centralización y jerarquización si ello supone una estricta definición y evaluación de tareas por perfil técnico que no permite acoger la complejidad sociosanitaria de las situaciones individuales y colectivas en un abordaje integral, y una cartera de servicios establecida de forma vertical y no orientada a la acción comunitaria.

Recomendaciones para la reorientación del Sistema Nacional de Salud hacia un enfoque de salud comunitaria

Orientar los servicios de salud hacia la atención primaria y la salud comunitaria, como eje estratégico del SNS, es clave para asegurar la equidad, la eficiencia y la sostenibilidad del sistema sanitario público. Las sucesivas revisiones sistemáticas e informes internacionales que respaldan esta afirmación^{25,26} deberían guiar las políticas de salud, especialmente en tiempos de crisis económica.

La Estrategia de Promoción de Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud, aprobada en el Consejo Interterritorial del SNS el 18 de diciembre de 2013²⁷, brinda una oportunidad para retomar los principios de la Carta de Ottawa como guía para reorientar los servicios de salud hacia la salud comunitaria:

- Desarrollar políticas públicas saludables: una promoción de la salud eficaz implica la existencia de una agenda política que favorezca la creación de entornos que faciliten a la ciudadanía la toma de decisiones saludables, y deben ser explícitas en su compromiso por la salud de la población.
- Adaptar una perspectiva comunitaria para facilitar que se complementen y coordinen actividades y procesos para la mejora de la salud de las comunidades en el ámbito local. Esto implica cambios en la dimensión colectiva de los servicios de salud, como garantizar la universalización de la asistencia o la coordinación entre la atención clínica y la salud pública y la coordinación intersectorial²⁸.
- Abordar los determinantes intermedios de la salud desde la praxis de la salud comunitaria, como contexto micro en el que cristalizan un buen número de ellos. Las necesidades en salud hoy, más complejas que nunca, deberán abordarse en clave de proximidad, de accesibilidad y de territorialización, con implicación activa de la comunidad: los profesionales, la ciudadanía y los políticos.
- Buscar el fortalecimiento individual abriendo nuevas posibilidades a las personas con estrategias de empoderamiento, entendido este, más allá de mejorar la información e inducir comportamientos, como la estimulación de la reflexión crítica y la capacidad de intervención y cogestión de los problemas sociales por parte de los individuos y las comunidades²⁹.
- Facilitar la toma de decisiones desde la comunidad al nivel central-superior, para complementar, reequilibrar y contextualizar la más tradicional y frecuente desde los niveles centrales a los locales. Para el fortalecimiento de la acción comunitaria resultan fundamentales los mecanismos de participación, indispensables para el desarrollo de políticas públicas: desde la construcción

de diagnósticos hasta el diseño de programas o proyectos y la evaluación de su impacto^{30,31}.

- Ampliar las formas de medición y evaluación: más allá de indicadores centrados en riesgo, enfermedad o déficit, y los datos cuantitativos, deben ponerse en valor los aspectos cualitativos, subjetivos y de proceso: cómo se trabaja, con qué instrumentos, qué relaciones se establecen, qué grado de intersectorialidad y de transversalidad hay, cuáles son las sinergias conseguidas, etc., que fortalezcan las bases de evidencia sobre la efectividad de la promoción de la salud^{32,33}.
- Coordinar e integrar las acciones de atención primaria y salud pública como agentes clave en el desarrollo de la salud comunitaria. El futuro de la salud comunitaria solo puede entenderse desde un sistema sanitario más fuertemente vinculado a la perspectiva salubrista, que recupere la consideración de los determinantes de la salud y que tenga capacidad de respuesta a los problemas del presente: medio ambiente, condiciones de vida, desigualdades sociales, cohesión social, etc., retomando las recomendaciones de la Estrategia AP XXI³⁴.
- Formar y capacitar a los profesionales para el desarrollo de esta estrategia, de modo que permita la prestación de una atención integral combinando el abordaje promocional con el biomédico.
- Incrementar la dotación presupuestaria en investigación, recursos y acciones en atención primaria y salud pública, para afrontar los principales fenómenos de salud-enfermedad en este siglo XXI.

A modo de conclusión

La relación entre el SNS español y la salud comunitaria ha tenido etapas diferenciadas, no bien acopladas y en ocasiones conflictivas. Los rápidos cambios sociales, y su cada vez mayor multidimensionalidad e interdependencia, incorporan más complejidad al abordar los problemas de salud y responder a ellos desde los servicios de salud.

Los desafíos del futuro inmediato, así como las consecuencias de la crisis económica, de los recortes y del debilitamiento del Estado del bienestar, hacen más necesaria que nunca la reorientación de los servicios de salud hacia la salud comunitaria, con su eje estratégico centrado en la atención primaria. Es necesario promover procesos participativos que impliquen al conjunto de los actores sociales y, sobre todo, a la población como sujeto activo y colaborativo para contribuir al avance de una nueva cultura colectiva en relación al uso de los recursos públicos de salud, hacia su sostenibilidad y su universalidad.

La salud comunitaria y la promoción de la salud son expresión de proyectos que buscan profundizar en la democracia y en la igualdad social. Para los profesionales de la salud esto supone la rotura de la relación de continuidad entre las prácticas tradicionales y las nuevas prácticas en salud que pueden contribuir a una ciudadanía autónoma, socialmente solidaria y saludable.

Los servicios de salud que contribuyen de esta forma a la constitución de una ciudadanía saludable, aumentando su capacidad reflexiva y favoreciendo su participación social, pueden tener un impacto positivo sobre los determinantes y los condicionantes de la salud y la enfermedad.

Contribuciones de autoría

J.L. Ruiz-Giménez ha sido el coordinador del grupo de trabajo. Todas las personas firmantes contribuyeron a la concepción del estudio, ayudaron en el diseño del estudio, aportaron ideas y bibliografía, realizaron una revisión crítica del manuscrito, revisaron los borradores y aprobaron la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Gofin J, Gofin R. *Essentials of global community health*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning; 2010. p. 269.
- Pasarín MI, Díez E. Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit*. 2013;27:477–8.
- Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. *Informe SESPAS 2010*. *Gac Sanit*. 2010;24(Supl 1):23–7.
- WHO European Ministerial Conference on Health Systems. The Tallinn Charter: health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008. (Consultado el 13/1/2018.) Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf>
- Oliva J, Ruiz-Giménez JL, Segura J. Qué hacemos por la sanidad pública. Madrid: Akal; 2014. p. 88.
- Roemer Milton I. *Perspectiva mundial de los sistemas de salud*. México: Siglo XXI; 1980. p. 455.
- Irigoyen J. La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica. Granada: Universidad de Granada; 1997. p. 294.
- Declaration of Alma-Ata. *Am J Public Health*. 2015;105:1094–5.
- Ruiz-Giménez JL. La atención primaria de salud en el sistema sanitario público: “lo que nos queda por hacer” En: FADSP. Situación actual y futuro de la APS. Madrid: FADSP; 1993. p. 259–79.
- Ruiz-Giménez JL. Luces y sombras en la participación comunitaria en salud. En: Palomo L, coordinador. Treinta años del sistema sanitario español. Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (1981–2011). Madrid: FADSP; 2011. p. 205–16.
- Estébanez P, Díaz-Olalla JM. Salud para algunos en el año 2001. Madrid: El País; 2001. Disponible en: <http://bit.ly/2EQI4B2>
- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo, 2008. (Consultado el 14/4/2018.) Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Comunicado Asamblea y Junta SESPAS en relación con el RD Ley 16/2012 de 20 de abril. 2012. (Consultado el 14/4/2018.) Disponible en: <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/RDLey16-2012de20deabril.pdf>
- Legido-Quigley H, Urdaneta E, González A. Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet*. 2013;382:1977.
- Segura J. No olvides que habías venido a desecar la ciénaga (VI): La época de expansión de la salud pública española y madrileña. 17 de febrero de 2013. En: Blog Salud Pública y otras dudas. (Consultado el 14/4/2018.) Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/02/17/no-olvides-que-habias-venido-a-desecar-la-cienaga-vi-la-epoca-de-expansion-de-la-salud-publica-espanola-y-madrilena/>
- Pasarín MI, Forcada C, Montaner I, et al. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. *Informe SESPAS 2010*. *Gac Sanit*. 2010;24(Supl 1):7–23.
- Nebot C, Pasarín M, Canela J, et al. La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Aten Primaria*. 2016;48:642–8.
- Segura J, Martínez M, Pla A, et al. El proceso de reorientación comunitaria de los Centros Madrid Salud. *Comunidad*. 2011;13:23–6.
- Soler M, March S, Ramos M, et al. Situación de las actividades comunitarias en atención primaria. Informe final 2008. Madrid: PACAP SEMFYC; 2008. (Consultado el 27/7/2016.) Disponible en: <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
- Proyecto Ítaca: Comunidad, Participación y Salud. Pilotaje de cuatro experiencias de salud comunitaria en el marco del Proyecto Ítaca para el desarrollo integral de la atención primaria en el área de salud de Badajoz. Badajoz: Dirección de Atención Primaria del Área de Salud de Badajoz. (Consultado el 14/4/2018.) Disponible en: <http://www.areasaludbadajoz.com/Proyecto.Itaca.Comunidad.Participacion.Salud.Final.pdf>
- Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria. Bilbao: Departamento de Salud, Gobierno Vasco; 2016. (Consultado el 14/4/2018.) Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones/informes_estudio/es_pub/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf
- Proyecto de estrategia de atención comunitaria en el sistema de salud de Aragón. Atención primaria. Zaragoza: Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón; 2017. (Consultado el 15/1/2018.) Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Documentos/docs/Profesionales/EstrategiaAtencionComunitaria.pdf>
- Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). COM Salut: comunitat i salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya. (Consultado el 13/2/2018.) Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/comsalut_comunitat_i_salut/
- Ruiz-Giménez JL, Domínguez Bigador J. Reflexiones sobre “lo comunitario” en nuestro sistema sanitario SEMFYC. *Aten Primaria*. 2006;38:421–4.
- Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(Supl 1):6–20.
- OECD/EU. Health at a glance: Europe 2016 – State of health in the EU cycle. París: OECD Publishing; 2016. (Consultado el 13/2/2018.) Disponible en: <https://doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención. Madrid: Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. (Consultado el 15/1/2018.) Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- De Peray JL. La medicina (la salud) comunitaria: un reto para la atención primaria. Madrid: PACAP SEMFYC; 2000. (Consultado el 5/1/2018.) Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/3/documentos_medicina.pdf
- Resende S. Promoción de la salud, “empowerment” y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*. 2008;4:335–47.
- Marchioni M. Comunidad participación y desarrollo. Madrid: Editorial Popular; 1999. p. 111.
- Marchioni M. Democracia participativa y crisis de la política La experiencia de los planes comunitarios. *Cuadernos de Trabajo Social*. 2006;19:213–24.
- Basaglia F. La utopía de la realidad. Trieste: Dipartimento de Salute Mentale. Trieste; 1972. (Consultado el 5/1/2018.) Disponible en: http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/basaglia_1972_lautopiadelarealidad.pdf
- Rotelli F. The invented institution. Trieste: Dipartimento de Salute Mentale. Trieste; 1986. (Consultado el 5/1/2018.) Disponible en: <http://www.triestesalutementale.it/english/doc/InventedInstitution.pdf>
- Proyecto AP21. Estrategias para la atención primaria del siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Consultado el 14/4/2018.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ca/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/home.htm>